



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Zdraví a nemoc, vztah zdravotníka a pacienta

Psychologie

Mgr. et Mgr. Martin Zielina, Ph.D.

Osnova

- * **Psychologie ve vztahu ke zdraví a nemoci**
 - * Zdraví a nemoc, psychoterapeutické nástroje
 - * Syndrom vyhoření, PTSD



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Psychologie ve vztahu ke zdraví a nemoci

Status quo medicíny

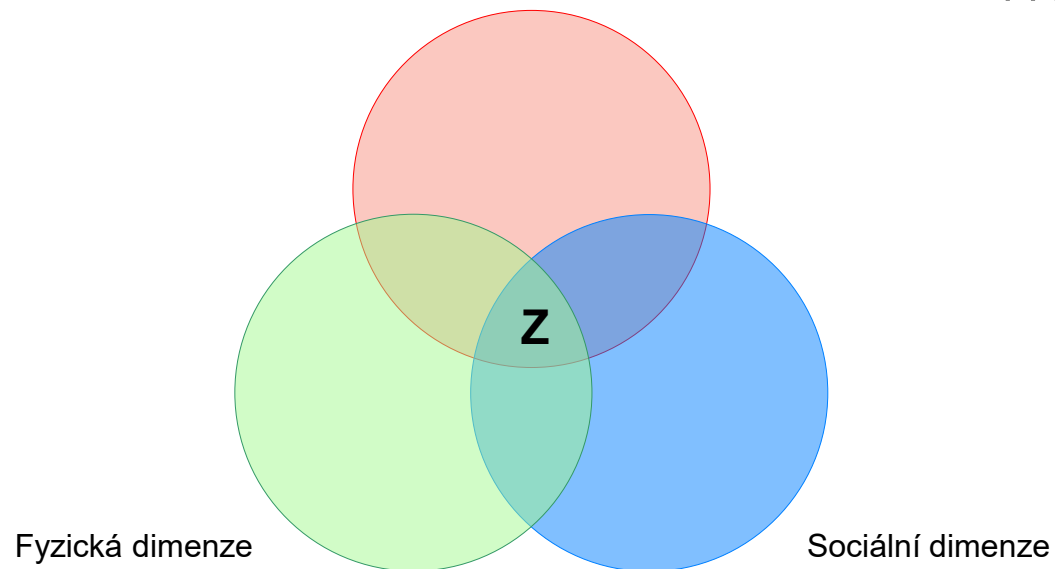
- * Přes nesporný bouřlivý vývoj bývá medicína kritizována:
 - * „mlčící“ (přístrojová a vědecká medicína) vs. „mluvící“ (na pacienta orientovaná) medicína;
 - * **Anonymita**
 - * **Zvěčňování** (pacient jako „porouchaný stroj“)
 - * **Dehumanizace medicíny** (= opomíjení lidské subjektivity).

Zdraví

- Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Mentální dimenze

WHO 1948



Nemoc

- **Choroba** (angl. *disease*) – „objektivní stránka“
- **Nemoc** (angl. *illness*) – „subjektivní stránka“

- **Existují „choroby bez nemocí“** (např. vysoký krevní tlak, asymptomatická vředová choroba)
- **Existují „nemoci bez choroby“** (např. chronická bolest, únavový syndrom)

- Celostní či psychosomatický přístup tyto rozdíly překonává.

Různá psychologická pojetí nemoci

- Tradiční pojetí nemoci:
 - Nemoc jako nerovnováha tělesných tekutin
 - Nemoc jako mechanická porucha
 - Vetřelec (bakterie, viry, toxické látky)
 - Patologické bujení (programová chyba)
 - Chybný vývoj těla
- Nemoc v kontextu individuálního života:
 - Nemoc jako vyústění životních událostí, jako řešení psychického konfliktu,
 - jako výsledek omezené kapacity prožívat (zejména city), jako ještě možná adaptace v životě

Praktické aspekty psychosomatiky

- Nemoc jako vyřešení psychického konfliktu
- Vyřešení narcistického traumatu
- Nemoc jako trest za vinu
- Důsledek a průvodní jev stresu (psychické zátěže)
- Vyústění nezvladatelné destruktivity
- Ztráta životního smyslu

Psychické komponenty nemoci

- Úzkost a strach (úzkost z neznámého)
- Depresivní ladění (psychická ztráta)
- Regrese
- Vina
- Stud (nemoc jako slabost)

Ringelův presuicidální syndrom

- **IZOLACE** - zúžení zájmů, stažení se do sebe;
- **AUTOAGRESE** - zpočátku tlumená agresivita vůči sobě často spojená s výčitkami a sebeobviňováním;
- **SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY** – myšlenky zabývající se způsobem a provedením, fantazie a sny
- Vysoké riziko sebevraždy bývá u následujících psychiatrických diagnóz: deprese, bipolární afektivní poruchu, schizofrenie, mentální anorexie, sociální fobie, závislost na alkoholu a jiných drogách.

Co vše může vést k sebevraždě?

Patnáct a půl roku stará dívka byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku na doporučení dětské kliniky, kde byla krátce hospitalizována po požití léků. Dívka žila od předškolního věku po rozvodu rodičů sama s matkou, s otcem se vídala sporadicky, vztah mezi rodiči byl stále potenciálně konfliktní. Dívka měla v raném věku problémy ve školním zařazení, byla vyšetřována v pedagogicko-psychologické poradně pro specifické školní potíže (dyslexie, dysgrafie). Mívala konflikty se spolužačkami, které však nebyly nijak řešeny. V deváté třídě se začala stýkat více se staršími kamarády, kteří měli partu, začala kouřit, experimentovala s marihuanou, občas pila alkohol. Měla opakované sexuální zkušenosti. Zhoršil se její školní prospěch a na střední školu se dostala až po odvolání. O prázdninách řekla, že bude přes víkend u spolužačky, a byla s chlapcem. Poté, co se to dozvěděli rodiče a sáhli k represivním výchovným opatřením, snědla dívka večer, když byla v bytě přítomná i matka, několik tablet léků, které měli v domácí lékárně. Matka zavolala RZ a dívka byla odvezena do nemocnice. Uvedla, že nechtěla zemřít, ale spíše uniknout ze situace, kterou nedokázala řešit. Z vyšetření vyplynulo, že jde o dívku s průměrnou inteligencí, která by sice chtěla, ale nedokáže naplnit aspirace vysokoškolsky vzdělaných rodičů. V klinickém obraze byly patrné známky deprese. Její osobnost byla slabě strukturovaná, spíše závislá a hledající momentální splnění přání, vývojově hůře sociálně adaptovaná. Bylo přítomno experimentování s marihuanou. Na klinice byla zařazena do programu skupinové i individuální psychoterapie, probíhaly rozhovory s matkou, opakovaně byl pozván i otec. Dívka neužívala žádné léky. Byla doporučena další terapie ambulantní formou. (Kocourková, Koutek, 2004)

Psychoterapeutické nástroje I.

- **Sugesce** – pozitivní, negativní, - přímá a nepřímá (přenesení psychického stavu a obsahu z jedné osoby na druhou – projekční a introjekční mechanismus).
- **Naslouchání** (evakuační a introjekční mechanismus, kontejnování, zrcadlení).
- **Objasnění**, vysvětlení a výklad jako PT nástroj (struturace nestrukturovaných zážitků pomocí slov – symbolů, vytvoření nových významů).

Psychoterapeutické nástroje II.

- **Podpora a posílení Já** (uznání, ocenění, pochvala, projevení důvěry, dodání odvahy).
- **Empatický postoj** (vcítění se do situace pacienta, do jeho bolesti atp.).
- **Význam „rady“** (rada může být účinná, ale obvykle nevede ke psychické změně! A nesmí pacienta zbavovat jeho odpovědnosti za sebe).

Psychogenní iatropatogeneze

- **Psychogenní iatropatogeneze** (z řeč. *latros* = lékař; *pathos* = (u)trpení; *genesis* = vznik) – přechodné či trvalé psychické poškození pacienta ze strany lékaře či zdravotnického zařízení obecně.
- Způsob a obsah komunikace s lékařem;
- Jednání lékaře působí traumaticky zejména v rámci bolestivých zákroků a zanedbávání;
- Vyvolání nepřiměřených obav, úzkostí či strachu;
- Pacienti špatně snášejí svou přítomnost u jiných léčebných zákroků;
- Iatrogenní fixace;
- farmakogenní iatropatogeneze – nevhodná indikace léku či jejich kombinace

Placebo efekt

- **Placebo** (z lat. *placere* = líbit se) **efekt** neboli nespecifický lékový účinek se vyskytuje v případech, kdy objektivně neutrální látka v konkrétním případě zvyšuje účinek léku či sama působí léčivě;
- Sugescí nejspíš dochází ke spuštění sebeúzdavných procesů (= **salutogeneze** – nemoc a zdraví nemusí být dichotomické kategorie);
- Klasické podmiňování – znovu posílený pozitivní vztah mezi stimulem (podání léku, léčením obecně) a reakcí (úlevou);
- Při podání každého léku je přítomný i placebo efekt!

Syndrom vyhoření

- * **Syndrom vyhoření** (angl. *burn out*) je specifická emoční únava (vyčerpání) projevující se subdepresivním laděním a podrážděností.
- * Hrozba u povolání zaměřených na práci s lidmi;
- * Druzí lidé „otravují“, práce se nedaří a „nemá to cenu“.
- * U lékařů – zvětšuje se odstup od pacienta a jeho problémy jsou více zvěčňovány.
- * Jak se bránit? Znat své hranice a nepřekračovat je.

Posttraumatická stresová porucha

- **Posttraumatická stresová porucha** (angl. Posttraumatic Stress Disorder); F 43.1
- Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks”), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek.
- Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost.
- S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky.
- Nástup následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců.

Literatura

- * Friedson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper and Row.
- * Hahn, S. R. Thompson, K. S. Wills, T. A., Stern, V., Budner, N. S. (1994). The Difficult Doctor-Patient Relationship: Somatization, Personality and Psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 47, no. 6.
- * Hurley, J., Birch, S., Eyles, J. (1992). Information, efficiency and decentralization within health care systems. *CHEPA Working Paper 92-21*. McMaster University: Hamilton.
- * Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc. Sci. Med.* 44, (5), pp. 681-692).
- * Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press: Glencoe Illinois.
- * Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- * Veatch, R. M. (1972). „Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Cent Rep* 2, (3), pp. 5-7.



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Děkuji za pozornost!